

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación: _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

[]

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En la siguiente página se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes de que esta acción entre en vigor.

_____, nuestros expedientes muestran que usted:

- no firmó su plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work* - WTW) en _____.
- no participó en _____ en _____.
- no progresó de una manera satisfactoria en su actividad de _____ porque _____.
- no aceptó un empleo en _____.
- no conservó su empleo en _____.
- no conservó la misma cantidad de ingresos ganados.

NECESITAMOS HABLAR CON USTED

Para que no se reduzca la asistencia monetaria de su familia, tenemos que hablar con usted sobre este problema. Se ha programado una cita para usted en _____, a la(s) _____, en _____. Si necesita transporte o cuidado de niños para poder ir a esta junta, llame a su trabajador de WTW al número de teléfono que se encuentra a continuación.

Nombre del trabajador de WTW: _____
Número de teléfono: _____

Si no puede ir a esta junta, tiene que llamar a su trabajador para programar una nueva cita. A menos que tenga un motivo justificado, usted podrá cambiar la cita solamente una vez. También puede llamar a su trabajador para hablar sobre el problema por teléfono en vez de ir a la junta. Usted tiene que llamar a su trabajador a más tardar en _____ para programar una nueva cita o para hablar sobre su problema por teléfono.

Cuando hable con su trabajador, se le preguntará si tuvo un motivo justificado ("buena razón") para no hacer lo que le pedimos que hiciera. Si verificamos que usted tuvo un motivo justificado, no se reducirá la asistencia monetaria de su familia debido a este problema. Algunos ejemplos de motivos justificados son el no tener cuidado de niños o el no tener transporte. Para enterarse de otros motivos justificados, vea el formulario titulado "Petición para una determinación de motivo justificado" que fue enviado con esta notificación.

La asistencia monetaria de su familia tampoco se reducirá si usted puede mostrarnos que debió de haber estado exento cuando no realizó su actividad de WTW.

Si usted no tiene un motivo justificado para no hacer lo que le pedimos que hiciera, puede aceptar un plan de cumplimiento para cumplir con las reglas de WTW. La asistencia monetaria de su familia no se reducirá si usted acepta un plan de cumplimiento y luego hace lo que se indica en el plan. Si acepta un plan de cumplimiento y más tarde no hace lo que se indica en el plan, la asistencia monetaria de su familia se reducirá. Si esto sucede, usted recibirá una notificación por separado.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Secciones 42-712 (exenciones), 42-713 (motivo justificado), y 42-721 (falta de cumplimiento y motivo justificado) del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) para el Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs). Sección 63-407.521 del MPP para el Programa de Estampillas para Comida.

CÓMO PREVENIR QUE SE REDUZCA LA ASISTENCIA MONETARIA DE SU FAMILIA

A partir de _____, la asistencia monetaria de su familia se reducirá de \$ _____ a \$ _____, como se indica en la página de cálculo del presupuesto adjunta, a menos que usted nos muestre que tuvo un motivo justificado para no hacer lo que le pedimos que hiciera. Si no tiene un motivo justificado, puede aceptar un plan de cumplimiento para prevenir que se reduzca la asistencia monetaria de su familia. Si no acepta tal plan, no recibirá otra notificación antes de que se reduzca la asistencia monetaria de su familia.

Vea la página de cálculo del presupuesto adjunta para obtener más información sobre cómo calculamos cuánto su familia recibirá si se reduce la asistencia monetaria de su familia.

No pagaremos transporte ni gastos relacionados con el empleo o entrenamiento si usted no está recibiendo asistencia monetaria. Es posible que paguemos cuidado de niños si usted trabaja o asiste a la escuela.

CÓMO VOLVER A RECIBIR ASISTENCIA MONETARIA

La asistencia monetaria de su familia se está reduciendo porque usted no hizo lo que nosotros le pedimos y ya no será parte de la unidad de asistencia. Si se reduce la asistencia monetaria de su familia, usted puede volver a recibir su porción de la asistencia monetaria si es elegible para recibirla y se comunica con el Condado y les dice que usted quiere volver a recibir asistencia monetaria; luego hace lo que el Condado pida.

PARA COMUNICARSE CON EL CONDADO SOBRE CÓMO VOLVER A RECIBIR ASISTENCIA MONETARIA, LLAME AL _____.

Es posible que el otro padre/madre de la familia, _____, también vuelva a recibir asistencia monetaria, si él/ella es elegible para recibirla, comunicándose con el Condado y diciéndoles que él/ella quiere volver a recibir asistencia monetaria; luego tiene que hacer lo que el Condado pida.

¿NECESITA ASISTENCIA LEGAL GRATUITA? Puede recibir asistencia gratuita sobre este problema en:

La oficina local de asesoramiento legal: () _____

La organización estatal para la defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública: () _____

Estampillas para comida: Si el no cumplir con los requisitos del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work* - WTW) también resulta en una sanción con respecto a las estampillas para comida, es posible que no pueda recibirlas. Si hay alguna sanción con respecto a las estampillas para comida, usted recibirá otra notificación que le indique el período durante el cual serán descontinuadas.

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). **Conserve sus tarjetas de plástico de identificación de beneficios.**

SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción que el condado tome. Solamente tiene 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha en que el condado le dio o envió esta notificación.

Si solicita una audiencia antes de que entre en vigor una acción en relación a la asistencia monetaria, Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California), estampillas para comida, o cuidado de niños:

- Su asistencia monetaria/Medi-Cal no cambiará mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Es posible que sus servicios de cuidado de niños no cambien mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Sus estampillas para comida no cambiarán mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, lo que ocurra antes.

Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria, estampillas para comida o servicios de cuidado de niños que haya recibido de más. Para que reduzcamos o paremos sus beneficios antes de la audiencia, marque a continuación: Sí, reduzcan o paren:

Asist. monetaria Estamp. para comida Cuidado de niños

Mientras que espera la decisión de una audiencia relacionada a: Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (Welfare to Work):

No tiene que participar en las actividades.

Es posible que reciba pagos en relación al cuidado de niños para trabajar y participar en actividades aprobadas por el condado antes de esta notificación.

Si le dijimos que los pagos para sus otros servicios de apoyo pararían, no recibirá más pagos, aunque participe en la actividad.

Si le dijimos que pagaríamos sus otros servicios de apoyo, se le pagarán de acuerdo a la cantidad y de la manera que le indicamos en esta notificación.

- Para recibir esos servicios de apoyo, tiene que participar en la actividad en que el condado le pidió que participara.
- Si la cantidad que el condado le pague para servicios de apoyo mientras que espera la decisión de la audiencia no es suficiente para que usted pueda participar, puede dejar de participar en la actividad.

Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria):

- No puede participar en el Programa de Cal-Learn si le dijimos que no le podemos asistir.
- Solamente pagaremos los servicios de apoyo de Cal-Learn si se trata de una actividad aprobada.

OTRA INFORMACIÓN

Miembros de planes de cuidado médico administrado de Medi-Cal: Es posible que la acción de esta notificación no le permita recibir servicios de su plan de salud de cuidado médico administrado. Puede comunicarse con la oficina de servicios de membresía de su plan de salud si tiene preguntas.

Mantenimiento de niños y/o en relación al cuidado de la salud: La oficina local de mantenimiento de hijos le ayudará gratuitamente a cobrar mantenimiento de hijos, aunque usted no esté recibiendo asistencia monetaria. Si ahora cobran mantenimiento de hijos para usted, continuarán haciéndolo a no ser que usted les pida por escrito que lo dejen de hacer. Le mandarán la cantidad actual de mantenimiento que se cobre pero se quedarán con los atrasos que se cobren que se le deban al condado.

Planificación familiar: La oficina de bienestar le dará información cuando usted la pida.

Expediente de audiencia: Si solicita una audiencia, la División de Audiencias con el Estado abrirá un expediente. Usted tiene derecho a ver este expediente antes de la audiencia y a recibir una copia de la declaración escrita de posición del condado relacionada a su caso por lo menos dos días antes de la audiencia. Es posible que el estado le dé el expediente de audiencia de usted al Departamento de Bienestar, y a los Departamentos de Salud y Servicios Humanos y de Agricultura de los Estados Unidos (**Secciones 10850 y 10950 del Código de Bienestar Público e Instituciones [W&I].**)

PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- Complete esta página.
- Haga una copia de ambos lados de esta hoja para sus expedientes. Si la pide, su trabajador le dará una copia de esta hoja.
- Envíe o lleve esta hoja a:

O

- Llame gratuitamente al: **1-800-952-5253**. Las personas sordas/con problemas del habla que usan TDD* pueden llamar al **1-800-952-8349**.

Para obtener ayuda: Puede pedir información acerca de su derecho a una audiencia o sobre oficinas de asesoramiento legal llamando a los teléfonos estatales gratuitos mencionados arriba.

Es posible que pueda recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública.

Si no quiere ir a la audiencia solo, puede llevar a un amigo o a otra persona con usted.

PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar Público del Condado de _____ acerca de mi(s):

Asistencia monetaria Estampillas para comida Medi-Cal

Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____

Si necesita más espacio, marque aquí y adjunte otra hoja.

Necesito que el estado me proporcione un intérprete gratuitamente. (Un familiar o un amigo no puede actuar como intérprete de usted en la audiencia.)

Mi idioma o dialecto es el: _____

NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN LE NEGARON, CAMBIARON O PARARON LOS BENEFICIOS

FECHA DE NACIMIENTO NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN: CALLE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

FIRMA FECHA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO NÚMERO DE TELÉFONO

Quiero que la persona nombrada a continuación me represente en esta audiencia. Doy permiso para que esta persona vea mis expedientes o vaya a la audiencia por mí. (Esta persona puede ser un amigo o familiar, pero no puede actuar como su intérprete.)

NOMBRE NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN: CALLE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL